261

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

Nº

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul - Denis FRANCES

né le 12 Février 1935 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE LA REDUCTION DU DIASTÈME INTER-INCISIF SUPERIEUR LORS DE L'IMPLANTATION TROP BASSE DU FREIN LABIAL SUPERIEUR

Président : Mr. M. DECHAUME, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V·

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538118_0037

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 — **THÈSE** — N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul - Denis FRANCES

né le 12 Février 1935 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

B. NAT. BIBLIOTHÈQUE THÈSES

A PROPOS DE LA REDUCTION DU DIASTÈME INTER-INCISIF SUPERIEUR LORS DE L'IMPLANTATION TROP BASSE DU FREIN LABIAL SUPERIEUR

Président : Mr. M. DECHAUME, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

1-10-1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. . . . . Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	N.
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N.
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie	GIROUD (A.)
» (Prof[r] à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
» » (Profr à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
» (Profr à titre personnel)	BRUMPT (L. C.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
» » (Profr à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Profr à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Profr à titre personnel)	BARGETON (D.)
» (» »)	PARROT (J)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Profr à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Cancérologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A).
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Urologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Gl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) pr. s. ch. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.), MANDE (R.), MOZZICONACCI (P.), POLONOVSKI (C.), ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.), LECHAT (P.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch., KELLERSHOHN

	MM.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉNE (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNÉA (P.), CHAPUT (Mme A.), m.c. agr., GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.), LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.), ALELINE (A.), pr. s. ch., HUGUIER (J.), OLIVIER (C.), PADOVANI (P.), POILLEUX (F.), ROUX (M.), VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	DOMART (A.), PERRAULT (M.), RAMBERT (P.), THIEFFRY (S.)

	MM.
Clinique obstétricale	GRASSET (J.), MAYER (M.), RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.), OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mme ROCHE (L.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents

Faible témoignage de reconnaissance et d'amour

A mes soeurs

A toute ma famille

A Mademoiselle Manigé NARAGHI

A mes excellents amis

Monsieur le Docteur et Madame Jacques PELLETIER

Monsieur et Madame T. HUTTNER

Monsieur et Madame J. CHAPIRO

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Michel DECHAUME

Professeur de clinique stomatologique à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Stomatologiste de la Pitié

En témoignage de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Jean CHATELLIER

Stomatologiste de l'Hôpital Broussais

Directeur de l'Institut Eastman

Professeur honoraire de la Faculté française de Médecine de Beyrouth

Pour le grand honneur qu'il nous a fait en nous accueillant dans son service et en nous inspirant ce travail.

Qu'il soit ici remercié pour les conseils d'une valeur inestimable qu'il n'a cessé de nous prodiguer tant sur le plan humain que purement professionnel, depuis le début de nos études de stomatologie.

A mes Maîtres de l'Institut de Stomatologie de la Faculté de Médecine de Paris

Au Docteur Pierre RODIER

Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours de Levallois-Perret

Au Docteur MESNARD

Médecin - Stomatologiste

Au Docteur LEYDIER

Médecin - Stomatologiste

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur LEMAIRE

Monsieur le Professeur MONDOR

Monsieur le Docteur A. RICHARD

Monsieur le Professeur De SEZE

Monsieur le Professeur DELARUE

Monsieur le Professeur LELONG

Monsieur le Professeur CHEVALIER

Monsieur le Professeur ALAJOUANINE

Monsieur le Professeur DEGOS

Monsieur le Professeur MOLLARET

Monsieur le Professeur LACOME

Monsieur le Professeur DELAY

Monsieur le Professeur FEY

Monsieur le Professeur AUBRY

INTRODUCTION

Parmi le grand nombre des causes de dysharmonies dento-maxillaire, il semble que les auteurs n'aient pas, pour leur grande majorité insisté suffisamment sur l'une des plus bénignes d'entre elles : le frein labial supérieur d'implantation trop basse, accompagné d'une papille inter-incisive trop épaisse principale responsable, provoquant un diastème inter-incisif anormalement grand.

En effet dans la majorité des cas cette anomalie était rejetée au second plan, et cette attitude était à ce point entrée dans la pratique quotidienne, que certains praticiens se contentaient fréquemment d'un simple traitement mécanique déniant toute valeur à une tentative chirurgicale de réduction du diastème inter-incisif, la jugeant inutile et même dangereuse.

De ce fait, la tendance au traitement chirurgical bénin quant à ses suites opératoires et donnant des résultats constants et positifs, a été longtemps contrecarrée par les partisans des anciennes méthodes uniquement orthodontiques.

Or nous allons essayer de montrer qu'il est possible d'obtenir d'excellents résultats, facilitant de façon indiscutable et dans tous les cas le travail de l'orthodartiste.

Cependant il faut s'avoir que de toute manière la perfection du résultat sera fonction d'une technique qui doit être définie dans ses moindres détails, tant en ce qui concerne les soins pré et post-opératoires qu'en ce qui a trait aux différents remps de l'intervention.

A l'Institut Eastman de Paris et dans les services de Stomatologie de l'hôpital BROUSSAIS nous avons pu recueillir un nombre important d'observations d'enfants ayant subit une frénectomie suivant la méthode appliquée par le Docteur Chatellier. Nous allons essayer de montrer la technique opératoire et de dégager les résultats de cette vaste expérimentation.

oOo

RAPPEL ANATOMIQUE

I - DESCRIPTION

Classiquement le frein de la lèvre supérieure est décrit comme étant un simple repli formé par la muqueuse qui se réfléchit de la face interne des lèvres sur les arcades alvéolaires.

De forme triangulaire, divise le vestibule supérieur sur la ligne médiane en deux compartiments et présente à décrire deux faces et trois bords.

Les deux faces présentent un aspect muqueux. Le bord inférieur est libre et concave en bas. Le bord antérieur répond à l'insertion du frein sur la lèvre supérieure. Le bord postérieur enfin répond à l'insertion osseuse.

Il est certain que cette description correspond à peu près à la majorité des cas normaux, en particulier chez l'adulte.

Pourtant chez l'enfant il arrive parfois, que la bride muqueuse décrite plus haut entoure un faisceau

fibreux plus ou moins développé. C'est ce trousseau fibreux qui se trouve être à l'origine de la malformation.

En effet le trousseau fibreux présente des attaches profondes au niveau de l'os alvéolaire, pouvant s'implanter très bas et très haut tout à la fois, en gagnant même parfois la région palatine entre les deux incisives centrales.

C'est surtout cette papille inter-incisive qui constitue la partie nocive du frein labial supérieur, c'est elle qui provoque l'écartement plus ou moins important des deux incisives centrales, c'est elle enfin que l'intervention chirurgicale devra à toute fin supprimer si l'on ne veut pas que le traitement soit voué à l'échec.

II - FORMES ANATOMO-CLINIQUES

La plupart des auteurs acceptent les deux classifications décrites l'une par Dewey, l'autre par Dewel. Le premier distinguait trois types cliniques, suivant que les racines des incisives centrales étaient divergentes, convergentes ou parallèles. Le second se contentait de deux types de freins selon que ce dernier rejoint ou ne rejoint pas la papille palatine. Dans le premier cas le diastéme est très marqué dans le second il l'est moins. Peut-être pourrait-on ajouter dans ces formes anatomo-cliniques, les cas où les axes transversaux des dents forment un angle et ne sont pas parallèles, cas le plus défavorable à l'intervention chirurgicale simple.

CLINIQUE

Le diagnostic d'hypertrophie du frein labial supérieur ne pose aucun problème, il est toujours évident et ceci dès la simple inspection.

Cependant il faut noter que dans la plupart des cas les enfants ne sont présentés à la consultation de stomatologie qu'après l'éruption des deux incisives permanentes. Ceci est à déplorer car comme nous allons le voir dans ce qui va suivre, il semble que les résultats seraient obtenus plus facilement si les enfants étaient opérés plus tôt. En effet lorsque l'enfant vieillit, l'écartement des deux incisives centrales est de plus en plus difficile à réduire et le préjudice esthétique que cause cette anomalie devrait inciter les pédiatres à faire consulter plus tôt leurs petits patients. L'examen clinique devra dans tous les cas être complété par une radiographie.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

Avec un film rétro-alvéolaire standard, prenant la région incisive supérieure, qui montrera le cas échéant une raréfaction osseuse, au point d'implantation du trous-

seau fibreux du frein sur l'os alvéolaire. Cette radio pourra renseigner également sur la présence et la direction des racines des incisives, leur état de terminaison pour les définitives, ou de résorption pour les temporaires, l'éventualité de la présence de germes surnuméraires ou d'autres anomalies non décelables cliniquement.

QUELLE EST LA DATE OPTIMA POUR L'INTERVENTION

D'après les travaux de Chatellier à l'Institut Eastman de Paris, portant sur plus de huit cents cas de frenectomie, il semble que la période la meilleure pour l'intervention, se situe vers l'âge de cinq à six ans. A cette époque de la vie en effet, les dents temporaires ne sont pas encore disparues et leurs racines encore suffisamment longues, tandis que les germes des dents permanentes décelés par la radiographie sont encore relativement hauts et bien protégés. Ils sortiront ensuite en bonne position l'un contre l'autre.

Or, étant donné qu'il est rare que les parents présentent l'enfant aussi jeune à la consultation, la meilleure période après celle décrite plus haut se situe vers l'âge de sept ou huit ans. A cette date en effet, les dents permanentes sont sorties sur l'arcade au 4/5 de leur longueur totale.

Par contre l'expérience montre que les résultats sont mauvais et que l'intervention doit absolument être contre-indiquée dans tous les cas où les dents temporaires

sont mobiles et où les dents permanentes n'ont pas encore suffisamment de racines. Il faut aussi que les latérales définitives ne soient pas encore évoluées mais seulement prêtes à le faire afin qu'elles se placent normalement d'elles-même contre les centrales.

Cette notion d'âge, le plus précoce possible, vient à l'encontre des idées retenues jusqu'à présent par la grande majorité des praticiens, qui pensent qu'une intervention prématurée risque d'entraver la croissance normale de la région incisive supérieure. L'expérience montre qu'il n'en est rien, car lorsque les deux incisives de lait ont été rapprochées, les incisives définitives ont toutes les chances de les suivre et de sortir en bonne position.

PREPARATION A L'INTERVENTION

L'examen clinique terminé, comme pour toute intervention chirurgicale il nous faut envisager une série d'actes, que nous ferons rentrer dans le cadre des soins pré-opératoires.

I - PREPARATION PSYCHOLOGIQUE

La nécessité de l'intervention étant établie, il nous faudra mettre l'enfant en confiance dès le premier contact.

Cette préparation psychologique est un des points essentiels, sur lequel on ne saurait trop insister, car elle est trop souvent négligée dans les services hospitaliers surchargés, L'enfant saura à quoi il s'attend, qu'il n'aura pas mal, il n'y aura pas d'effet de surprise, pas de révolte, et les résultats d'une intervention pratiquée dans le calme ne sont pas à démontrer.

II - EXAMEN CLINIQUE GENERAL

Pratiqué par le médecin traitant qui sera seul juge de l'opportunité de l'intervention à la date envisagée.

De plus, ses conclusions, pourront être utiles quant à la médication pré-opératoire, le style de l'anesthésie et au besoin pourront nous faire surseoir à l'intervention quelques temps en attendant un moment plus favorable.

Dans ce qui va suivre nous allons essayer de donner une idée générale de la méthode en nous appuyant plus particulièrement sur 141 cas de frenectomie, pratiquée entre le mois de mars 1958 et le mois de juin 1961 à l'Institut Eastman de Paris.

III - PREPARATION ANTI-HEMORAGIQUE

Examens de laboratoire et traitement des troubles de la coagulation

Tous les petits patients ont subit systématiquement des examens cliniques et de laboratoire à la recherche d'un trouble de la coagulation sanguine. Ces examens consistent essentiellement en recherche du temps de saignement, du temps de coagulation. Il s'avère très important de ne rien négliger car nous n'avons pas trouvé moins de 51 cas de modification de la crase sanguine, plus ou moins grave il est vrai, mais non négligeable.

Lorsque ces modifications sanguines restent minimes on peut se contenter de prescrire, par exemple Hépaticalcion et k-thrombyl pendant huit à dix jours avant l'intervention. Si les troubles sont vraiment très graves, il vaut mieux surseoir à l'intervention.

IV - LE JOUR DE L'INTERVENTION

L'enfant doit être convoqué une heure avant l'intervention environ et une enquête rapide auprès des parents qui l'accompagnent nous assurera que les prescriptions anti-hémorragiques ont été rigoureusement suivies et qu'il ne s'est rien passé d'anormal depuis le dernier examen.

A partir de ce moment, il y a intérêt à éloigner les parents de l'enfant, car dans la majorité des cas leur présence, loin d'apporter le calme souhaité, ajoute au contraire à la tension nerveuse du petit patient.

On pratique alors une :

V - PREMEDICATION ANESTHESIQUE :

Ici encore le choix de l'anesthésique de base doit être laissé au praticien. Cependant l'expérience faite à l'Institut Eastman avec divers médicaments pré-anesthésiques a fait définitivement arrêter le choix sur le NARGENOL. Les doses employées varient avec l'âge de l'enfant : elles sont de 3/4 de CC à l'âge de six ans et de 1 cc à 10 ans. Administrée par voie intra-musculaire une heure avant l'intervention, cette prémédication présentera de nombreux avantages, tant du point de vue du médecin que de celui de l'enfant. En effet, au premier elle permet de travailler dans le calme, au second elle enlève la conscience de subir une intervention chirurgicale, impression toujours désagréable même dans les conditions les plus favorables.

De plus, et ce n'est pas le point le moins important il faut noter la totale inocuité de cet anesthésique de base, toujours remarquablement supporté. En effet, sur près de huit cents cas où le NARGENOL a été employé, nous n'avons rencontré qu'un seul cas où s'est manifesté une petite intolérance. Incident marqué par un petit moment d'agitation, de congestion faciale passagère. Tout étant rentré dans l'ordre très rapidement.

A partir du moment où l'injection a été pratiquée il faut laisser l'enfant au calme, isolé, jusqu'au moment de l'intervention.

TECHNIQUE OPERATOIRE

L'enfant est amené dans la salle d'intervention, puis installé sur le fauteuil en position assise, dans la position la plus confortable possible. Il est indispensable de lui faire se rincer la bouche avec une solution quelconque désinfectante d'un goût agréable si possible. A partir de ce moment, il faut opérer en respectant au maximum les règles de l'aseptie.

Désinfection :

L'infirmière passera sur le visage de l'enfant ainsi que sur son cou, une solution désinfectante, si possible incolore. En effet, l'enfant n'étant pas hospitalisé, il est indispensable qu'il puisse regagner son domicile dans une tenue décente.

Puis l'aide placera deux champs stériles :

- l'un autour du front pour retenir les cheveux
- l'autre sur le thorax, et attaché autour du cou.

Alors seulement on passera à l'intervention proprement dite :

I - ANESTHESIE

On pratiquera une anesthésie locale, la plus couramment employée étant la Sédaïne à 2 %. Une ampoule de 2 cc sera semble-t-il dans la majorité des cas largement suffisante. On procédera en deux temps :

a - Anesthésie vestibulaire : L'aiguille doit être introduite sous la muqueuse, sur le bord inter distal de la première incisive supérieure droite à quelques millimètres du fond du cul de sac vestibulaire. Puis sans sortir l'aiguille, on la passera à travers le frein vers le bord distal de la première incisive supérieure gauche, ce qui permettra de compléter l'anesthésie vestibulaire.

b - Anesthésie palatine : pratiquée avec le reste de l'ampoule du côté palatin en affleurant la papille inter incisive.

L'anesthésie est terminée, on peut alors pratiquer l'incision.

II - L'INCISION

Après s'être assuré une dernière fois que l'anesthésie est parfaite, on saisit entre l'index et le pouce gauche la lèvre supérieure en la soulevant et en la tirant vers le haut de manière à tendre au maximum le frein labial.

Puis on pratique au bistouri une incision transversale au niveau de la partie basse du frein contre la gencive.

a - Temps Vestibulaire :

- La première incision transversale au niveau de la partie basse du frein devra avoir une longueur d'environ 5 à 6 millimètres. Cette incision fait disparaitre le frein.

- Puis aux deux extrémités de l'incision transversale on pratique une toute petite incision verticale de 1 millimètre environ.

b - Décollement de la papille inter-dentaire :

Toujours avec le bistouri, on ira chercher au milieu de la première incision transversale le contact osseux en enfonçant profondément la pointe de l'instrument dans la muqueuse. Puis à partir de ce point médiant on trace deux lignes divergentes l'une rejoignant le bord mésial de G 1 au collet de la dent, l'autre le bord mésial de D 1 toujours au collet de la dent, de manière à ce que l'on obtienne un triangle à sommet supérieur, Ces différentes incisions évidemment en maintenant le contact osseux à tous les niveaux.

Puis l'incision sera continuée vers le versant palatin le long du bord mésial de la dent, en contournant la papille inter-incisive de manière à rejoindre l'incision du côté opposé, en prenant garde de ne pas atteindre le trou palatin antérieur.

C'est à partir de ce moment que se situe pratiquement le temps primordial de l'intervention. Il faut en effet arriver à décoller entièrement le bourgeon d'implantation palatine du frein, ainsi que la totalité de la papille interincisive. Ce sont ces éléments qui constituent la partie nocive du frein labial supérieur, ce sont eux que l'intervention doit avant tout supprimer.

c - 3ème temps de l'intervention :

- La plaie à ce moment doit être nette, il n'y a pratiquement jamais d'hémorragie à ce stade. Cependant il faut s'en assurer une dernière fois avant la fermeture de la plaie.

- On placera un fil de lin à l'aide d'une aiguille sertie , sur les bords inférieurs des lambeaux muqueux de la région vestibulaire. Un point de suture est généralement suffisant. Ce fil rapproche les bords de la plaie ; modéremment serré il devra être enlevé quatre à cinq jours plus tard.

Nous venons de décrire l'intervention typique, celle qu'il faudra appliquer dans la très grande majorité des cas, cependant elle est parfois justiciable de petites modifications

En effet deux cas anatomo-cliniques peuvent se présenter qui requièrent une technique un peu particulière.

- Premièrement :

Lorsque la papille inter-incisive relativement peu épaisse, n'a pas empêché une croissance presque normale de l'os alvéolaire inter-incisif. Celui-ci en effet descend trop bas au niveau des collets des dents et peut gêner alors la réduction correcte du diastème. On pratique alors dans ce cas une petite alvéolectomie conductrice . Il s'agit simplement, à l'aide d'une fraise à fissure, d'entamer l'os alvéolaire inter-incisif.

- Deuxièmement :

Il peut arriver que sur la radiographie prise au préalable on ait pu diagnostiquer une orientation divergente des apex des deux incisives centrales. Il s'agit là d'un des cas les plus défavorables. Pourtant le pronostic du résultat de l'intervention chirurgicale est amélioré par l'utilisation d'une contention orthodontique. Il suffit de placer deux bagues à potence sur les incisives centrales supérieures et un arc qui tendra par pression à ramener les apex dans leur position idéale verticale.

d - 4ème temps de l'intervention :

Pour terminer, il faudra placer sur les deux incisives centrales, qu'elles soient permanentes ou temporaires, un fil de soie ou un cordonnet n° 3 très serré qui rapprochera les deux dents. En principe le fil de ligature des incisives est facile à poser, pourtant il peut

se présenter un certain nombre de difficultés.

Tout d'abord lorsque les incisives permanentes en sont encore à un point d'évolution très précoce, et que les couronnes ne retiennent pas le fil de ligature, ou encore lorsque les dents sont trop de dépouille. On peut alors doubler le fil des incisives centrales par une ligature des latérales.

e - Prescription post-opératoire :

L'intervention proprement dite est maintenant terminée ; il nous faudra cependant suivre le petit patient et le revoir dès le lendemain. On prescrira en attendant la prochaine consultation des bains de bouche fréquents et soigneux avec une solution antiseptique quelconque laissée au choix de chaque praticien.

oOo

SOINS POST-OPERATOIRES

Il est absolument nécessaire de revoir le petit patient plusieurs fois au cours des jours et des semaines qui vont suivre, d'une part pour dépister des complications éventuelles, extrêmement rares il est vrai, mais toujours possibles, d'autre part et surtout pour juger de l'efficacité du traitement dans la réduction du diastème inter-incisif.

DANS LES CAS SIMPLES :

a - Le lendemain :

Il faut revoir l'état de la plaie, s'assurer de la propreté de la cavité buccale. En effet, les cas d'oubli des bains de bouche sont très fréquents et sont à l'origine de la plus grande partie des complications que nous étudierons plus loin.

b - Quatre jours plus tard :

Après avoir effectué un lavage antiseptique, il est nécessaire très fréquemment de changer de fil de

ligature des incisives qui a pu se desseré ou bien qui a épuisé sa propre action. On peut également, lors de cette consultation, enlever le fil qui retenait les lambaux muqueux vestibulaires lorsqu'il n'est pas déjà, et cela arrive fréquemment, tombé de lui-même.

c - Huit jours plus tard :

Parfois même beaucoup plus tôt, on assiste au rapprochement très net des deux incisives qui iront progressivement l'une vers l'autre pour finir par se mettre côte à côte.

d - Trois semaines après l'opération :

Le Diastème est comblé entièrement ; il faut enlever le fil de ligature qui serre les dents l'une contre l'autre.

oOo

COMPLICATIONS

1 - Incidents :

Pourtant si les suites opératoires sont à peu près constamment sans histoire, il faut noter le cas, où la contention a pu ramener les dents l'une contre l'autre plus rapidement que prévu et les incisives peuvent se chevaucher.

La conduite à tenir est dans ce cas très simple. Il suffit de libérer les dents pour les voir reprendre leur place normale l'une à côté de l'autre dans les jours qui suivent. Ensuite on remettra une ligature "à la demande".

2 - Accidents :

Les accidents post-opératoires vrais sont de trois ordres. Ce sont les hémorragies précoces ou tardives, la suppuration, et enfin l'oedème qu'il conviendrait peut-être mieux de placer parmi les incidents, vu son pronostic excellent. Mais de toute façon, il faut savoir que lorsqu'une complication existe elle est rarement isolée.

I - PARMI LES HEMORRAGIES NOUS DEVONS ENVISAGER DEUX CAS.

Tout d'abord :

a - L'hémorragie très précoce :

Survenant quelques heures après l'intervention ou dans la nuit qui suit l'intervention, bénigne et exceptionnelle en général, que l'on doit éviter en prescrivant systématiquement un anti-hémorragique post-opératoire par voie buccale. Ce cas d'hémorragie minime ; stoppée très rapidement en général par administration d'une association : Adrénoxyl - Hémocoagulène, se recontre relativement fréquemment. On peut admettre qu'elle se produit dans environ 1 cas sur 50.

Ensuite :

b - L'hémorragie du 5ème jour :

Encore plus rare celle-là, que nous n'avons vu qu' exceptionnellement, survient lors d'une infection secondaire, provoquée par une insuffisance de nettoyage. D'après les statistiques que nous avons faites, il ressort qu'elle se rencontre à peu près dans moins de trois cas sur huit cent frénectomies. Mais elle peut être grave et nous pouvons citer l'exemple d'une enfant qui a dû être hospitalisée à la suite d'une hémorragie de ce genre.

Cependant, il faut admettre que les hémorragies sont très peu fréquentes en comparaison du nombre des freins opérés selon la technique opératoire décrite plus haut, et comme le fait remarquer CHATELLIER, les hémorragies sont d'autant moins fréquentes que l'incision est plus basse.

II - POUR CE QUI EST DE LA SUPPURATION :

Il semble qu'elle soit absolument exceptionnelle ; et pour notre part, nous n'en avons pas relevée un seul cas lors de l'examen des dossiers des malades. Cependant il faut savoir la prévoir pour l'éviter. L'hygiène buccale et les lavages fréquents étant le traitement prophylactique le plus approprié à ce cas.

III - ENFIN L'OEDEME :

Est un incident bénin. Il faut savoir prévenir la famille de son apparition éventuelle, pour ne pas provoquer d'alarmes inutiles. Il siège au niveau de la lèvre supérieure diffus en général, soulevant la lèvre, mais diminuant de volume très rapidement et tout rentre dans l'ordre en quelques jours. Cet oedème est provoqué semble-t-il par l'anesthésie, et par les traumatismes dus à l'intervention. Mais de toute façon il s'agit là d'un incident post-opératoire et non d'une véritable complication.

Nous allons montrer en publiant quelques observations parmi les plus récentes et surtout parmi les typiques, les différents cas qui peuvent se présenter dans la pratique courante, tant en ce qui concerne les cas banaux d'évolution normale, qu'en ce qui concerne les différentes complications qui peuvent se présenter.

oOo

OBSERVATIONS

CHATELLIER - FRANCES)

OBSERVATION N° 1

- C..... Claude — opéré le 5 décembre 1960
- 8 ans 1/2 — Temps de Saignement : 2'30
  Temps de Coagulation : 11'
- Frein incisif supérieur hypertrophié.
- 2 ampoules d'Arrhémapectine la veille, et une ampoule le matin de l'intervention.
- 1 cc de Nargénol : 1 heure avant.
- Anesthésie locale : 2 cc de Sédaïne.
- Enfant parfaitement calme. Incision au bistouri. un point de suture sur les lambeaux muqueux vestibulaires.
- Fil de soie de ligature sur les incisives.

6 décembre :

Tout va bien. Lavage.

10 décembre :

Ablation du fil sur les lambeaux muqueux. Lavage. Badigeonnage avec une solution à base d'Iode, d'Aconit, et de Belladone.

15 décembre :

Fait mal ses lavages. Teinture d'Iode, Aconit, Belladone.

22 décembre :

Ablation du fil de ligature des incisives. Très bonne réduction du diastème inter-incisif. Pas de récidive.

Ce type d'observation est le plus fréquent, absolument sans histoire dans les suites opératoires, représentant à peu près 95 % des cas de frenectomie que nous avons pu observer dans les dossiers de l'Institut Eastman.

Pourtant la technique peut parfois subir de petites modifications.

OBSERVATION N° 2

- T..... Sylviane — opérée le 25 janvier 1961
- 9 ans — Temps de Saignement : 2'30
  Temps de Coagulation : 13' 30
- Frein incisif supérieur.
- Hépaticalcion + K. Thrombyl pendant huit jours avant l'intervention.
- 1 cc de Nargénol : 1 heure avant.
- Anesthésie locale : 2 cc de Sédaïne.
- Enfant très calme. Incision au bistouri. Alveolectomie Conductrice.
- 1 point de suture. Fil sur les incisives.

26 janvier :

Va très bien.

30 janvier :

Ablation du fil

3 février :

On change le fil de ligature des incisives.

Sur 141 cas de frenectomie pratiqués, ces deux dernières années, nous avons rencontré 6 cas d'alveolectomie conductrice.

OBSERVATION N° 3

- M..... Maryse, 6 ans, opérée le 4 juin 1960
- Temps de saignement : 1'
- Temps de Coagulation : 9'
- 2 ampoules d'Arrhémapectine, la veille et le matin de l'intervention
- 1 cc de Nargénol.
- Anesthésie locale : 2 cc de Sédaïne.
- Enfant très calme. Très gros frein. Incision au bistouri. Un point de suture.
- Pas de fil de ligature car les incisives centrales sont trop peu évoluées.

5 juin 1960 :

Va très bien.

8 juin 1960

Ablation du fil de suture.

OBSERVATION N° 4

- Z..... Michel — opéré le 13 novembre 1960
- 9 ans 1/2 — Temps de saignement 1'
  Temps de coagulation 10'
- Hémostyl + Hémostatique Ercé pendant 8 jours avant l'intervention. 1 cc de Nargénol : 1 h. avant
- Anesthésie locale : 2 cc de Sédaïne
- Incision au bistouri. Deux points de suture.
- Pas de fil de suture : 2 bagues ayant été placées deux jours auparavant. L'orientation des dents étaient mauvaises.

14 novembre :

Va très bien.

18 novembre :

Ablation des fils. Suivi dans le service d'Orthodontie.

OBSERVATION N° 5

- P..... Cécile — opérée le 5 février 1959
- 9 ans — Temps de Saignement 1'
  Temps de Coagulation 10'
- 2 ampoules d'Arrhémapectine la veille et une ampoule le matin de l'intervention.

- 1 cc de Nargénol : une heure avant.
- Anesthésie locale : 2 cc de Sédaïne.
- Enfant calme. Incision au bistouri. 1 point de suture.
- Fil sur les incisives.

6 février :

Va bien. Lavage.

10 février :

Ablation du fil. Teinture Iode - Aconit - Belladone.

19 février :

Les dents se chevauchent un peu. Ablation du fil de ligature des incisives.

24 février :

Tout est rentré dans l'ordre. Les incisives sont côte à côte.

Parmi les cas de complications véritables, nous pouvons relever les observations suivantes.

OBSERVATION N° 6

- P..... Hervé — opéré le 17 mars 1958
- 7 ans — Temps de Saignement : 4'
  Temps de Coagulation: 14'
- Hépaticalcion + Hémostyl : 8 jours avant l'intervention.

- 1 cc de Nargénol : 1 heure avant.
- Anesthésie locale : 2 cc de Sédaine.
- Enfant un peu nerveux.
- Incision au bistouri. 1 point de suture. Fil sur les incisives.

21 mars :

- Hémorragie dans la nuit.
- Localement : application d'acide trichloracétique.
- Par voie inter-musculaire : Hémocoagulène + Adrénoxyl.

22 mars :

- Mauvais lavage. Grattage.
- Nouvelle hémorragie dans la nuit.
- Acide Trichloracétique, Thrombase et Adrénoxyl : localement
- Hémocoagulène + Adrénoxyl en intra-musculaire.

24 mars :

- Va bien. Lavage.

27 mars :

- Va bien. Part en voyage.

OBSERVATION N° 7

- B..... Anne-Marie — opérée le 5 février 1960
- 8 ans — Temps de Saignement : 8'
  Temps de coagulation : 5'

- Hépaticalcion + K-Thrombyl 8 jours avant l'intervention.
- 1 cc de Nargénol : 1 heure avant.
- Anesthésie locale : 2 cc de Sédaïne.
- Enfant très calme. Incision au bistouri. 1 point de suture. Fil sur les incisives.

6 février :

A saigné dans la nuit.

Hémocoagulène + Adrénoxyl en intra-musculaire.

7 février :

A encore saigné. Localement : Acide Trichloracétique.

Hémocoagulène + Adrénoxyl en intra-musculaire.

11 février :

A été hospitalisée pour hémorragie pendant trois jours

- Ablation de tous les fils. Acide Trichloracétique localement.

12 février :

Tout est rentré dans l'ordre.

OBSERVATION N° 8

M..... Annie — opérée le 24 mars 1958

- 8 ans — Temps de Saignement : 1'

Temps de Coagulation: 10'

- 2 ampoules d'Arrhémapectine la veille, une ampoule le matin de l'intervention.

- 1 cc de Nargénol : 1 heure avant l'intervention.
- Anesthésie locale : 2 cc de Sédaïne.
- Incision au bistouri. 1 point de suture. Fil sur les incisives.

25 mars :

Oedème. Fait mal ses lavages.

27 mars :

Encore sale. Lavage. Acide Trichloracétique.

Ablation du fil de suture et du fil sur les incisives.

30 mars :

Plaie toujours sale et sanguinolente.

CONCLUSION

La Frenectomie labiale supérieure pratiquée dans les conditions et selon la méthode que nous venons de décrire nous semble apporter à l'orthondiste des avantages nombreux et indéniables. Il ne devrait jamais l'oublier, car dans tous les cas où l'indication est bien posée, cette petite intervention ne peut que simplifier et raccourcir son travail.

Pourtant, comme nous l'avons vu, il est absolument indispensable de s'entourer d'un certain nombre de précautions, car des résultats thérapeutiques positifs seront tout d'abord fonction d'indications correctement posées. Il faudra tenir compte du degré d'évolution de la denture, les différentes périodes de la vie n'étant pas toutes aussi favorables les unes que les autres, s'aider de radiographies à la recherche de malformations dentaires ou osseuses, non décelables par la seule clinique, et enfin suivre la technique opératoire dont les différents temps ont été décrits plus haut. En effet les rares échecs ou simplement les complications sont toujours dus à un défaut de soins pré et post-opératoi-

res ou encore à une insuffisance de l'opérateur. Comme le fait remarquer le Docteur Chatellier, l'intervention doit être complète ; il faut faire une "frenectomie et non une simple frenectomie", disséquer avec soin tout le trousseau fibreux d'implantation du frein. A ces seules conditions les résultats seront toujours et partout favorables, les complications exceptionnelles et les échecs rarissimes.

Vu, le Président de Thèse, Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur M. DECHAUME Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

BERTRAND - DECHAUME - LACRONIQUE :

Radiographie Bucco-dentaire et agents physiques en Stomatologie (1949)

J. CAUHEPE :

Orthopédie dento-faciale. Encyclopédie médico-chirurgicale. Stomatologie.

J. CHATELLIER :

Considérations sur le frein de la lèvre supérieure.

J. CHATELLIER et M. MARIE :

Actualité Odonto-Stomatologique (1956, N° 34)

J.M. CHATEAU et M. CHATEAU :

Précis d'Orthodontie (1956)

CHOMPRET - DECHAUME - RICHARD :

Technique chirurgicale bucco-dentaire.

DIEULAFE et HERPIN :

Anatomie de la bouche et des dents (1927)

GORNOUEC :

Diastème inter-incisif médian supérieur. Revue de Stomatologie (1938).

G. IZARD :

Orthodontie (195O)

R. MARIE :

Resection du frein de la lèvre supérieure. Indication et Technique. Revue de Stomatologie (Mai-Juin 195O)

R. MARIE :

Resection du frein de la lèvre supérieure. Indications et Technique. Revue odonto-Stomatologique. (Juillet-Août 195O)

J. MAISONNET :

Petite chirurgie (1954)

G. MAUREL :

Chirurgie Maxillo-faciale (195O)

QUINTERO :

De l'hypertrophie du frein labial supérieur (1913)

H. ROUVIERE :

Anatomie humaine. Description et Topographie (1954)

TESTUT :

Traité d'anatomie humaine.

R. THIBAULT et M. PARANT :

Petite chirurgie de la bouche (1954)

J. VERNE :

Précis d'histologie (1956)

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-Ve
Telephone : ODÉon 58-90